

Reflexiones acerca del reflujo gastroesofágico en los niños

Francisco Beltrán Brown*

RESUMEN

Se hace una revisión de los factores fisiopatológicos del reflujo gastroesofágico (RGE) en los niños. Se plantea la hipótesis, que por ser de un defecto congénito, el RGE puede tratarse del mismo padecimiento diagnosticado en niños y en los adultos: la frecuencia con que se observa en unos y otros es muy semejante. Se mencionan los procedimientos disponibles para su diagnóstico, los esquemas de tratamiento, y resultados obtenidos a largo plazo. La frecuencia de complicaciones severas en 5% de los casos, es razón suficiente para proponer un documento anexo a la «Cartilla de vacunación», extendido por el médico que atiende al niño, que indique las manifestaciones clínicas y las medidas preventivas recomendadas, a fin de que quede constancia de los antecedentes del RGE.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico, enfermedades congénitas, fisiopatología gastroesofágica.

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un padecimiento congénito, ampliamente conocido por los pediatras, los internistas, los cirujanos de niños y adultos, y por numerosos especialistas que han contribuido al conocimiento de las complicaciones a que da lugar.

En los años 50, los niños con RGE llegaban al Hospital Infantil de México por padecer vómitos persistentes, ocasionados por la esofagitis. Al solicitar los estudios radiológicos, éstos informaban la presencia de hernia hiatal por deslizamiento, de tamaño variable. Fue así que se decidió integrar dos grupos: uno con la esofagitis y el otro, con estenosis esofágica; siendo todos niños preescolares y escolares.¹ Ambos grupos fueron sometidos a cirugía antirreflujo y el segundo, se sometió además a dilataciones esofágicas, trans y postoperatorias. La técnica quirúrgica era la descrita por Allison, en adultos, y se basaba en conseguir un esófago intraabdominal de 1 a 3 cm (según la edad del niño), el cierre de los pilares posteriores y la reconstrucción del ángulo de His, y desde 1965 la fijación del hiato al esófago y la funduplicación tipo Nissen de

SUMMARY

The fisiopathological features of gastroesophageal reflux (GR) in childrens are reviewed. Due to the fact of GR is a congenital defect could be considered the same problem in children and adults; the prevalence is the same in both. Procedures for diagnosis and treatment, and results obtained, are mentioned; 5% of the cases have severe complications. By this reason it is proposed that the children should have a document, like the vaccine control card, in order to have information of clinical manifestations of GR since early life.

Key words: Gastroesophageal reflux, congenital diseases, gastroesophageal fisiopathology.

270°. En 210 casos de hernia hiatal y 70 con estenosis, de 80 a 90% tuvo mejoría sintomática ostensible y escasas complicaciones. En las estenosis esofágicas se agregaba vaguectomía troncular y gastrostomía, y solamente un caso presentó diarrea controlable.¹

Explicación fisiopatogénica

En los dos últimos decenios se ha conocido mejor la fisiopatología de este problema y las numerosas complicaciones que ocasiona en otros órganos y sistemas, las que habían pasado desapercibidas. Se generalizó el concepto de RGE por incompetencia del mecanismo esfinteriano, constituido básicamente por el esfínter esofágico inferior y el aumento congénito del calibre del hiato (en grado variable) lo que permite el deslizamiento del estómago al tórax, como se demuestra por los rayos X, aunque en casos de hernia pequeña la imagenología no capta esta anomalía.

Cuando el hiato es amplio, disminuye el segmento esofágico abdominal, lo que es importante en la competencia antirreflujo para tolerar aumentos en la presión intraabdominal.

Mientras más corto sea el segmento esfinteriano intraabdominal, el esfínter esofágico inferior deberá ofre-

* Hospital Infantil Privado.

cer más presión para evitar el reflujo, lo que constituye el principio de la cirugía correctora.

Al ángulo de His se le reconoce un papel regulador, que al perderse, la unión entre la mucosa gástrica y la esofágica rompen la armonía con el esfínter esofágico inferior generándose la RGE ocasionada por la presión intragástrica. Otros factores que contribuyen a retardar el vaciamiento gástrico, son: variaciones en la acidez basal del estómago, la concentración de hormonas gastrointestinales como: gastrina, motilina y sustancia P; la presencia de componentes biliares y pancreáticos en el estómago, la resistencia de la mucosa esofágica (que depende de citoprotectores de variantes genéticas), la capacidad motora para obtener el vaciamiento gástrico, la neutralización de reflujo ácido por la saliva y otros aspectos fisiopatológicos que hacen comprender la variabilidad en la frecuencia e intensidad del cuadro clínico del RGE.

Magnitud del problema

En 90% de los lactantes con síntomas de RGE, las molestias pueden calificarse como discretas; regurgitaciones o vómitos de 2 a 3 veces al día; durante algunos meses (que los familiares llegan a considerar como habituales o hechos normales). La historia natural del padecimiento descrita por Carré,² señala la posibilidad de que estar sentado o estar de pie, y la mayor maduración neurológica, son factores que influyen en la mejoría o en la curación de los síntomas, entre los seis y los 12 meses de vida. En 10% de los casos, persiste el vómito como síntoma principal y se les designa como casos atípicos de RGE.

Con los medicamentos inhibidores de la acidez gástrica y los proquinéticos, se ha conseguido una reducción notoria de los síntomas en la mayoría de los casos, pero en 5% de éstos los síntomas persisten y en ocasiones provocan complicaciones serias como estenosis esofágica, desnutrición, broncoaspiración con apnea pasajera y bronquitis secundaria; neumonías de repetición, laringitis crónica, otitis media, asma no alérgica, dolor abdominal o preesternal, hipertensión pulmonar sin cardiopatía y posiblemente coadyuve al cáncer de la laringe, el pulmón o el esófago en personas mayores de edad.²⁻⁵

Encuestas iniciales parecen indicar que el RGE tiene una tasa de prevalencia entre 23 y 25%, entre los lactantes menores, y en sus familiares adultos entre 25 y 27% (diferencia estadísticamente no significativa) y hemos planteado la posibilidad de que el RGE presente en el niño sea el mismo que se observa en los adultos (los casos moderados y severos de los lactantes así lo hacen suponer); ignoramos lo que sucede en los casos leves pero ya se ha iniciado otro estudio.⁶

Especulando con esta información se podría decir que en la República Mexicana, con casi 100 millones de habitantes, hay poco más de 20 millones con RGE clínico (23%) y que de 2,300,000 nacimientos al año, 530,000 presentan RGE, de los cuales 53,000 son atípicos y el 5% de ellos presentará complicaciones severas, constituyendo un problema de Salud Pública. En estas cifras no se tomaron en cuenta otros grupos, como son los defectos neurológicos y las personas de la tercera edad, en quienes es probable que presenten RGE. Diversas comunicaciones manifiestan a la estenosis del esófago con variantes de 5 a 40% en los casos atípicos, otras, señalan esófago de Barrett en 200 niños que pueden calificarse como precancerosos.⁷

Decisiones terapéuticas

Para indicar la cirugía antirreflujo, el pediatra se guía por la evolución clínica: como el resultado negativo al tratamiento médico (en un tiempo razonable), así como el escaso incremento corporal. En el adulto los síntomas descritos: como pirosis, dolor o ardor preesternal y los estudios complementarios a la imagenología, como son el monitoreo del pH esofágico, la presión esofágica, la endoscopia y la biopsia, señalan la conveniencia del tratamiento médico o el quirúrgico. Estos exámenes son difíciles de obtener en los niños pequeños, y ocurren falsas positivas, dificultades en la interpretación de los datos y muchas veces requieren de hospitalización para estos estudios con gran costo económico.

Como parece evidente, es necesario ampliar las investigaciones en muchos aspectos del RGE, desde lograr grupos de pacientes con manifestaciones clínicas específicas, estandarizar las técnicas radiológicas y de imagenología aplicables al niño pequeño, conocer el papel del *Helicobacter pylori* que ya ha sido informado⁸ y estudiar la evolución a largo plazo y la valoración de las complicaciones.

El costo económico y social merecen un comentario aparte. Para un niño con sintomatología se aconseja evitar los alimentos irritantes y por la noche una alimentación ligera; la familia debe apoyarlo y sujetarse al mismo patrón de alimentación por lo que alteran los hábitos de todos. Por otra parte, es preciso cuantificar el costo de un tratamiento médico prolongado en una persona joven y el costo del tratamiento quirúrgico. En la actualidad se precisa estimar el costo de las intervenciones por la laparoscopia, técnica de brillante consolidación por los reportes favorables de resultados a largo plazo y los limitantes que hay en cuanto en la edad del niño.

En la hipótesis planteada, sobre el defecto congénito del hiato y el sistema esfinteriano, cuya corrección mejo-

ra notoriamente al año de edad, nos inquieta conocer la evolución a largo plazo de los casos con manifestaciones clínicas leves, los casos atípicos moderados y los severos que presentan síntomas en las diferentes edades, que con frecuencia los enfermos no valoran su sintomatología digestiva y a veces los niega y los pasa por alto. También en las complicaciones hemos visto que la familia olvida o tampoco concede importancia a las manifestaciones del lactante y muchos médicos no interrogan, rutinariamente los antecedentes de RGE.⁹

Para disminuir tales obstáculos, hemos propuesto la creación de un documento que pudiera denominarse SARGE (Sociedad Antirreflujo gastroesofágico) en el que se señale el padecimiento, su magnitud y algunas medidas sencillas indispensables por toda la vida, de aquellos casos moderados y severos; esta cartilla sería extendida por el médico y podría anexarse a la Cartilla de Vacunación para evitar su olvido. También es pertinente comprometer a las instituciones y al médico particular, a que el formato de las historias clínicas lleven un espacio para llenar, rutinariamente, los antecedentes de RGE y así sean documentados estos pacientes.

CONCLUSIONES

El RGE es muy frecuente en los lactantes menores (con menos de 12 meses) y probablemente su prevalencia sea similar en todas las edades, lo que hace suponer que se trata del mismo padecimiento.

Las complicaciones severas se estiman en un 5% de los casos, adquiriendo así relevancia como problema de Salud Pública, cuya tasa puede disminuir si se adoptan medidas preventivas desde una edad temprana. Los estudios sobre este padecimiento, aunque son constantes, muchas dudas precisan ser aclaradas.

La cirugía contribuye a mejorar los pacientes; los síntomas desaparecen con diversas técnicas y su indicación debe ser más agresiva para efectuarla en el adulto joven, ya que puede aliviar de manera definitiva la sintomatología,

y atenuar el costo económico y social de la familia, que en muchas ocasiones es un factor decisivo para realizarla.

En la mayoría de los casos las medidas preventivas y el uso temporal (por esquemas) de los fármacos,¹⁰ harán que los pacientes lleven una vida aceptable. Por su frecuencia, el médico de cualquier especialidad debe interrogar a los pacientes acerca de los síntomas y antecedentes de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán BF. *Cirugía Pediátrica*, México: Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México. 1969.
2. Carré IF. The natural history of the partial thoracic stomach. *Arch Dis Child* 1959; 34: 344-351.
3. Ashcraft KW, Holder TM. *Cirugía Pediátrica*, México: Interamericana-McGraw Hill, 1995.
4. Barbero GJ. Gastroesophageal reflux and upper airway disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1996; 29: 27-38.
5. Beltrán BF, Menéndez JA, Catalán LJ. Algunos aspectos históricos. Comparación del RGE entre el niño y el adulto. *Acta Pediatr Méx* 1995; 16: 102-108.
6. Beltrán BF, Catalán LJ, Nobigrot D, Bierzwinski A, Himmelman M, Nobigrot M. Reflujo Gastroesofágico. Presentación de casos clínicos con complicaciones. *Acta Pediatr Méx* 1996; 17: 13-16.
7. Jolley GS. Consideraciones quirúrgicas actuales en enfermedad por reflujo gastroesofágico en lactantes y niños. *Clin Quir de Nort Am* 1992; 24: 1343-71.
8. Kuipers EJ, et al. Atrophic gastritis and *Helicobacter pylori*. Infection in patients with reflux esophagitis treated with omeprazole or funduplication. *N Engl J Med* 1996; 334: 1018-1022.
9. Westra SJ, Derkx HH, Taminiou JA. Symptomatic gastroesophageal reflux: diagnosis with ultrasound. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 19: 58-64.
10. Klinkenberg KE, Festen HP, Meuwissen SG. Pharmacological management of gastroesophageal reflux disease. *Drugs* 1995; 49: 695-710.

Correspondencia:
Dr. Francisco Beltrán Brown
Viaducto Río Becerra 97
Col. Nápoles
México, D.F.